



Revisión/ Recertificación

Fecha de Recibido:

SU PERIODO DE RECERTIFICACIÓN EXPIRARÁ PRÓXIMAMENTE! Su elegibilidad tiene que ser re-determinada. El no completar y entregar este formulario resultará en demoras, reducciones o la cancelación de su asistencia _____ . Llene este formulario y entréguelo a la oficina del Departamento de Workforce Services más cercana a usted antes del día _____ del mes de _____. Usted puede llamar al número _____ si necesita ayuda con el llenado de este formulario.

Por favor, proporcione su nombre y dirección a continuación.

Nombre: _____ Regrese este formulario a: _____

Dirección Física: _____

Dirección de Correo: _____

Numero Telefónico: _____

Si usted necesita ayuda con este formulario de recertificación, avísenos y un representante de DWS le ayudará. Usted tiene el derecho de entregar este formulario hoy mismo siempre y cuando anote su nombre, dirección, y firme al dorso de este formulario.

COMPLETE SU RECERTIFICACIÓN A TIEMPO

Si usted recibe Asistencia Financiera, Alimenticia, Médica, o para el Cuidado Infantil y no completa su recertificación, su caso será cancelado al final del mes en revisión. Es posible que una entrevista en persona sea requerida. El completar su recertificación incluye proveer todas las verificaciones solicitadas por su trabajador(a). Se le indicará que verificaciones le serán requeridas.

CAUSA JUSTIFICADA PARA ENTREGAR UN FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN TARDE

Si usted cuenta con una causa justa por la que no completó su recertificación a tiempo, por favor comuníquese con su trabajador(a) al Departamento de Workforce Services (DWS). Su trabajador(a) le informará si le será permitido completar su recertificación tarde o no. Si no le es permitido completar su recertificación tarde su caso será cancelado.

SIGA ESTOS PASOS BÁSICOS

1. Entregue este formulario, junto con todas las verificaciones solicitadas por su trabajador(a), a su oficina local. Si usted solamente recibe Asistencia Alimenticia no tiene que contestar las preguntas marcadas con un asterisco (*). Es posible que su trabajador(a) solicite verificaciones adicionales después de analizar su caso. Es necesario que usted siempre proporcione verificación de sus ingresos.
2. Es posible que una entrevista en persona sea requerida. Si usted cuenta con una persona autorizada para representarlo, es posible que esta persona complete la entrevista por usted. Si usted necesita la ayuda de un intérprete, por favor infórmenos y nosotros haremos los arreglos necesarios para ayudarle.
3. Le sugerimos que lleve o envíe este formulario a su oficina local. Si es necesario tener una cita, su trabajador(a) le programará una entrevista. Si no le fue posible asistir a dicha cita, es su responsabilidad programar otra en el futuro. Utilice el sobre adjunto si usted decide enviar su formulario de recertificación por correo.
4. Si usted recibe Asistencia Alimenticia, y todos en su casa reciben SSI, usted puede entregar su formulario de recertificación en su oficina local del Seguro Social.

INFORMACIÓN SOBRE EL REGISTRO DE ELECTOR

- **Si usted no se ha registrado como elector en donde vive, ¿le gustaría registrarse el día de hoy?.....** Sí No **Si su respuesta es Sí, usted recibirá un formulario para el registro del elector.**
- El registrarse como elector no afectará la cantidad de asistencia que usted pueda recibir.
- Si desea recibir ayuda para llenar el formulario del registro de elector, nosotros podemos ayudarle. La decisión de solicitar y aceptar ayuda es de usted. Usted puede llenar el formulario del registro de elector en privado.
- Si usted cree que alguien a intervenido en su derecho de registrarse o no registrarse para votar, su derecho a la privacidad en el proceso de decidir si debe registrarse, o su derecho de escoger su partido político u otra preferencia política; usted puede levantar una queja con el Lt. Governor of the State of Utah, 203 State Capitol Building, SLC, UT 84114.

SI USTED DESEA AGREGAR ASISTENCIA ALIMENTICIA MARQUE EL CUADRO A CONTINUACIÓN:

LA ASISTENCIA ALIMENTICIA – PROVEE AYUDA ADICIONAL NECESARIA PARA COMPRAR ALIMENTOS.

SI USTED ESTA SOLICITANDO O COMPLETANDO SU RECERTIFICACIÓN PARA RECIBIR ASISTENCIA ALIMENTICIA, por favor responda las siguientes preguntas sobre las personas que viven en su hogar. Las personas que viven en su hogar pueden ser su esposo(a), padres, hijos, hermanos y hermanas, y TODA otra persona que viva con usted y con quienes compartan alimentos.

1. ¿Las personas que viven con usted cuentan con MENOS de \$100.00 dólares incluyendo dinero en efectivo, cuentas de cheques o ahorros?..... Sí No

2. ¿El ingreso total de su hogar este mes (antes de deducciones e impuestos) es MENOS de \$150.00 dólares? Sí No (Incluya el dinero recibido en lo que va del mes, MÁS el dinero que recibirá al final del mes).

Estimación del ingreso bruto total de su hogar este mes.....\$ _____

3. ¿El total de su efectivo, cuentas bancarias e ingresos este mes es menor que el costo de su vivienda (renta o hipoteca, más servicios públicos, electricidad, agua, etc.)?..... Sí No

4. ¿Es usted trabajador de temporada o migratorio?..... Sí No

a. Si su respuesta es sí, ¿recibirá ingresos durante este mes?..... Sí No (Incluya únicamente ingresos que está seguro recibirá al final del mes).

b. ¿Cuánto? \$ _____ ¿Cuándo?

5. ¿Cuándo recibió Asistencia Alimenticia la última vez? _____ ¿Dónde?

6. ¿Es usted un huésped?..... Sí No
Los huéspedes son individuos que viven con otras personas y pagan por su alojamiento y alimentos.

7. ¿Ha recibido o recibe fondos tribales?..... Sí No

Bajo pena de perjurio certifico que la información dada en esta solicitud es correcta y verídica.

Firma	Fecha	Número de Seguro Social
-------	-------	-------------------------

Compañía Empresarial No Discriminatoria. Ayuda y servicios para los Programas Auxiliares se encuentran disponibles a minusválidos. Para mayor información llame al teléfono (801) 526-9240. Personas con impedimentos en el habla y /o sordera pueden llamar al teléfono 1-800-346-4128 (state relay).

De acuerdo con la Ley Federal y las políticas del Departamento de Agricultura (USDA), y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), esta institución tiene prohibido discriminar a individuos por su raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Bajo el acta de Asistencia Alimenticia y la política de USDA, también se prohíbe la discriminación por religión o preferencia política.

Hora y Fecha de cita: _____ Trabajador _____ Teléfono _____ Asistencia Alimenticia Expresa..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Razón _____ Verificado Por _____ Fecha _____	COMENTARIOS
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------

Quando su familia solicita asistencia, usted debe informarnos sobre su ciudadanía y el estado migratorio de todos los miembros de su familia. Cada miembro de su familia debe darnos su número de Seguro Social. Si no lo tienen deben obtenerlo. Si lo desea nosotros podemos ayudarle a obtenerlo. Si alguien en su hogar prefiere no proporcionar la información sobre su ciudadanía, estado migratorio o número de Seguro Social, esta persona será designada un *no-solicitante*. Esto significa que esta persona no será considerada un *solicitante* y no calificará para recibir asistencia.

Apellido Paterno, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre	Parentesco	Número de Seguro Social/ Número de Medicare	Fecha de Nacimiento	Edad		Estado Civil		Educación o Adiestramiento	Sí/ No
				Sexo	Ciudadano	Ciudadano	Sí/ No		
	Usted							Año Escolar Terminado	
1 Raza _____								¿Asiste actualmente a la Escuela? ¿Dónde?	Sí/ No
								Año Escolar Terminado	
2 Raza _____								¿Asiste actualmente a la Escuela? ¿Dónde?	Sí/ No
								Año Escolar Terminado	
3 Raza _____								¿Asiste actualmente a la Escuela? ¿Dónde?	Sí/ No
								Año Escolar Terminado	
4 Raza _____								¿Asiste actualmente a la Escuela? ¿Dónde?	Sí/ No
								Año Escolar Terminado	
5 Raza _____								¿Asiste actualmente a la Escuela? ¿Dónde?	Sí/ No
								Año Escolar Terminado	
6 Raza _____								¿Asiste actualmente a la Escuela? ¿Dónde?	Sí/ No
								Año Escolar Terminado	
7 Raza _____								¿Asiste actualmente a la Escuela? ¿Dónde?	Sí/ No
								Año Escolar Terminado	
8 Raza _____								¿Asiste actualmente a la Escuela? ¿Dónde?	Sí/ No

¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar? _____

*1. ¿Alguien en su casa está embarazada? (Se requerirá verificación médica del embarazo)..... Sí No

Nombre	Fecha aproximada del nacimiento
--------	---------------------------------

2. ¿Está interesado(a) en recibir información sobre adopciones?..... Sí No

3. ¿Usted comparte sus alimentos con todos los que viven en su hogar? (Mencione con quien no los comparte)..... Sí No

Nombre

4. ¿Alguien en su casa vive en alguna de estas instituciones?..... Sí No

- Hospital Albergue Centro de Rehabilitación y por uso de drogas Escuela de Internados
 Casa Hogar Hogar para Ancianos y Minusválidos Cárcel..... Si, sí, ¿en libertad condicional para trabajar?

Nombre	Nombre de la Institución	Fecha de Admisión	Fecha de Salida
--------	--------------------------	-------------------	-----------------

5. ¿Hay alguna persona de 16 años, o mayor, que no pueda trabajar por causa de problemas físicos o mentales? Sí No

Nombre	Fecha desde que no puede trabajar	Fecha cuando podrá volver a trabajar
--------	-----------------------------------	--------------------------------------

Problemas Médicos (Se requerirá verificación médica)

6. ¿Usted tiene un representante autorizado?..... Sí No
 Si usted desea tener a una persona adulta como su representante para ayudarle con su Asistencia Alimenticia, Tarjeta Médica y Cheques, infórmenos anotando el nombre, dirección y número de teléfono de esta persona a continuación. Esta persona será designada como su **Representante Autorizado**.

Nombre		Teléfono	Parentesco
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

7. ¿Alguien en su casa ha vendido, intercambiado o regalado algo en los últimos 3 meses?..... Sí No
 Si su respuesta es sí, favor de explicar:

8. A. ¿Es usted un delincuente fugitivo?..... Sí No
 B. ¿Está usted en violación de su libertad condicional o probación de libertad?..... Sí No

9. ¿Alguien en su casa (incluyendo a los niños) cuenta con alguno de los siguientes recursos económicos?..... Sí No
¿ALGUIEN EN SU CASA TIENE SU NOMBRE EN CUENTAS QUE PERTENECEN DE OTRAS PERSONAS? Sí No
- Cuenta de Ahorros **SV**
 - Cuenta de Cheques **PC**
 - Fondos Fiduciarios (TF/ TM/ TR) **TF**
 - Cuenta Credit Union **CU**
 - Certificados de Mercado de Valores **MM**
 - Dinero en Efectivo **CA**
 - Certificados a largo plazo **TC**
 - Acciones/ Bonos **S**
 - Otros
 - IRA/ KEOGH/ 401K **IR**
 - Cuenta de Necesidades Personales

Nombre de Institución Financiera	Número de Cuenta	Mancomunadas Sí/ No	Tipo de Cuenta	Dueño/ Dueños	Cantidad	Ver	F I A C

10. ¿Alguien en su casa es dueño de, o está comprando, alguno de los siguientes tipos de vehículos, o tiene su nombre en un vehículo que pertenece a alguien más?..... Sí No
- Automóvil **CA**
 - Snow Mobil **SM**
 - Motocicleta **MC**
 - Otro vehículo **OV** (buggy)
 - Camioneta/ Van **TK**
 - Casa Movil **MH**
 - Bote/ Motor **BT**
 - ATV, etc.

Tipo de Vehículo	Marca	Año y Modelo	¿Con Placas? Sí/ No	Estado y Número de Placas	Dueño/ Dueños	Uso	Valor Actual	Cantidad Adeudada	Ver	V E H I

11. ¿Alguien en su casa es dueño de, o está comprando, alguno de los siguientes tipo de estas propiedades?
INCLUYA PROPIEDADES MANCOMUNADAS CON OTRAS PERSONAS QUE NO VIVAN CON USTED..... Sí No

- Casa donde vive (Exenta) **HO**
- Casa Remolque/ Móvil **CP/ TR**
- Póliza de Seguro de Vida **LF/ LI**
- Otras Casas
- Notas o Contratos **NC/ NO**
- Plan Funeral/ Contratos de Entierro **FP**
- Condominios de Tiempo Compartido **TS**
- Antenas de Satélite **SD**
- Plan de Entierro/ Lote Funerario **BS/ BC**
- Propiedades de Renta
- Ganado/ Caballos **LC/ LX**
- Propiedades/ Arrendamientos Vitalicios **LE**
- Tierra/ Recursos Minerales **MR**
- Herramientas/ Equipo/ Inventario **TE**
- Contratos de Petróleo o Gas
- Otros

Tipo de Propiedad	Dueño/ Dueños	Mancomunadas Sí/ No	Valor de Mercado	Valor en Efectivo	Ver	O T A S

12. ¿Alguien en su casa ha solicitado, o está recibiendo, ayuda financiera educativa?..... Sí No

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Becas Educativas (BI/ OF/ ON) | <input type="checkbox"/> Subsidio Educativo para Veteranos de Guerra VE |
| <input type="checkbox"/> Otros prestamos o donativos (OD/ OE/ OF/ ON) | <input type="checkbox"/> PELL/ BEOG |
| <input type="checkbox"/> SEOG | <input type="checkbox"/> Otros (de familiares, trabajo, iglesias, empresa, etc.) |
| <input type="checkbox"/> SSIG (ST) | <input type="checkbox"/> NDSL |

Nombre de Escuela: _____	Nombre de Escuela: _____	U N I E
Cantidad de Asistencia: _____	Cantidad de Asistencia: _____	
Periodo de Tiempo: _____	Periodo de Tiempo: _____	
Gastos Educativos: _____ (inscripción, libros, cuotas)	Gastos Educativos: _____ (inscripción, libros, cuotas)	
Fecha de Graduación: _____	Fecha de Graduación: _____	
Circule uno: Tiempo Completo, ½ Tiempo, Menos de ½ Tiempo.	Circule uno: Tiempo Completo, ½ Tiempo, Menos de ½ Tiempo.	

13. ¿Alguien en su casa ha solicitado, o está recibiendo, alguno de los siguientes tipos de INGRESOS NO SALARIALES?..... Sí No

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Seguro por Desempleo UC | <input type="checkbox"/> Anualidad de Servicios Cívicos |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Eclesiástica (CC/ IK) | <input type="checkbox"/> Pensión por Jubilación Ferroviaria RR | <input type="checkbox"/> Herencias, Suma por Resoluciones, Etc. |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social Suplemental SSI | <input type="checkbox"/> Compensación Laboral WC | <input type="checkbox"/> Regalos en Efectivo CC |
| <input type="checkbox"/> Soporte Financiero Infantil | <input type="checkbox"/> Subsidio para Veteranos de Guerra VA | <input type="checkbox"/> Pensiones (CV/ RT) |
| <input type="checkbox"/> Pensión por Divorcio/ Separación AL | <input type="checkbox"/> Pagos de Cantidad Global LS | |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

¿Alguno de estos ingresos esta sujeto a deducciones? (impuesto de soporte financiero infantil, seguro médico, sobrepagos, etc.)

..... Sí No
 Explique: _____

Nombre	Tipo de Ingreso no Salarial/ Número de Caso	¿Negado? Sí/ No	Cantidad	Fecha de Solicitud/ Recibido	Fecha de Inicio de Asistencia	U N I N
			\$	Por: _____		
			\$	Por: _____		
			\$	Por: _____		

14. ¿Alguien en su casa ha cambiado de empleo, o ha dejado de trabajar en los últimos 4 meses?..... Sí No

Personas que reciben Asistencia Alimenticia, ¿Alguien en su casa ha cambiado de empleo, o ha dejado de trabajar en los últimos 60 días?..... Sí No

Nombre	Nombre de la Empresa y Número Telefónico	Fecha que dejó Empleo	V O Q S
Fecha del Último Cheque Recibido:	Motivo por el que dejó Empleo:	Fecha cuando Volverá a Trabajar	
¿Despido Temporal?			

Nombre	Nombre de la Empresa y Número Telefónico	Fecha que dejó Empleo	V O Q S
Fecha del Último Cheque Recibido:	Motivo por el que dejó Empleo:	Fecha cuando Volverá a Trabajar	
¿Despido Temporal?			

15. A. Información de Empleo – SE LE PEDIRÁ VERIFICACIÓN DE SUS INGRESOS.

Nombre:					Nombre:				
¿Empleo Temporal?		Si sí, ¿Cuanto durará?		¿Cuánto gana por hora?	¿Empleo Temporal?		Si sí, ¿Cuánto durará?		¿Cuánto gana por hora?
¿Cada cuánto le pagan? (Circule uno): 2 veces al mes, Cada 2 semanas, Mensualmente, Semanalmente, Diario, por hora, Otro:					¿Cada cuánto le pagan? (Circule uno): 2 veces al mes, Cada 2 semanas, Mensualmente, Semanalmente, Diario, por hora, Otro:				
Nombre del Patrón o Empresa (Será Contactado). Dirección y Número Telefónico:					Nombre del Patrón o Empresa (Será Contactado). Dirección y Número Telefónico:				
Fecha de Comienzo		Promedio de Horas trabajadas por semana		Día del mes/ semana de pago	Fecha de Comienzo		Promedio de Horas trabajadas por semana		Día del mes/ semana pagadas
Fecha de Pago Día/ Mes/ Año	Horas Trabajadas	Salario Bruto	Propinas	Total (Mejor Cálculo)	Fecha de Pago Día/ Mes/ Año	Horas Trabajadas	Salario Bruto	Propinas	Total (Mejor Cálculo)

B. ¿Existen deducciones descontadas de este ingreso? (impuestos de soporte financiero infantil, seguro médico, sobrepagos, etc) Sí No
Si su respuesta es sí, explique (Se le pedirá verificación): _____

16. ¿Hay alguien en su casa que trabaja POR SU PROPIA CUENTA?..... Sí No
Si su respuesta es sí, ¿Cuál es su Ingreso Anual? \$ _____ Gastos Anuales: \$ _____

(Se le pedirá que verifique sus ingresos y gastos.)

17. ¿Usted paga por cuidado de dependientes a fin de poder ir a trabajar, buscar empleo, u obtener capacitación? Sí No

Nombre del Dependiente	Gasto Mensual (Proporcione Recibos)	¿Quién Paga?	Nombre del Proveedor/ Parentesco

18. ¿Usted anticipa algún CAMBIO en sus circunstancias? Sí No
Si su respuesta es sí, marque los que se apliquen a usted y explique: _____

- 9 Salario/ Ganancias 9 Cuidado de Dependientes 9 Ingresos 9 Número de horas trabajadas
- 9 Recursos 9 Gastos 9 Situación de Vivienda 9 Otro _____

19. ¿Está usted legalmente obligado a pagar soporte financiero infantil a alguien que no vive en su casa? Sí No
Si su respuesta es sí, ¿Qué cantidad? (Se le pedirá verificación de pago) \$ _____

*20. Si está recibiendo Asistencia Médica, marque los siguientes gastos que sean pagados por alguien en su casa.
 Herramientas Uniformes, Ropa Especial **EE** Cuotas Obligatorias de Sindicatos **UD**
 Jubilación **MR** Otro

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO CONTRA TERCEROS

*21.

A. ¿Cuenta usted con algún otro seguro médico que no sea Medicaid?..... Sí No
 Compañía de Seguro _____ Teléfono _____ Prima \$ _____ Cada cuándo: _____

B. ¿Usted, o algún miembro de su familia, ha sufrido una lesión a causa de un accidente o un asalto?..... Sí No
 Nombre de la persona herida _____ Fecha del accidente: _____

C. ¿Tiene usted una necesidad médica grande (incluyendo embarazos) y cualquiera de lo siguiente: 1. Seguro médico disponible al que no se ha inscrito, o 2. Seguro médico que se venció en los últimos 60 días?..... Sí No

D. ¿Existe alguien en su familia requerido a pagar los gastos médicos de otra persona en su casa?..... Sí No
 Si, sí nombre de la persona _____ Teléfono # _____

*22. ¿Ha pagado cuentas médicas en los últimos 3 meses, o tiene una cuenta médica que no ha pagado? Tales como:
 (Se le pedirá verificación)

Gastos Médicos, o Dentales Hospitalización, o Servicios de Enfermerías
 Transporte Prima de Medicare/ Seguro Médico
 Dentaduras, Aparatos Auditivos, Anteojos Medicinas (requeridas por un Doctor)
 Otros (explique)

23. ¿Existe alguna persona u organización que le de dinero para cubrir estos gastos médicos? Sí No

Nombre de la Persona/ Organización	Cantidad	Tipo de Gastos
	\$	
	\$	

*24. Si usted está recibiendo o solicitando Asistencia Médica, ¿Hay alguien en su casa que sea cónyuge o padre de una persona incapacitada y esté pagando pensión por divorcio o separación, o soporte financiero infantil a alguien?
 (Si su respuesta es sí, debe proveer recibos)..... Sí No

*25. Si usted está recibiendo o solicitando Asistencia Médica, ¿Hay niños de padres incapacitados, o hermanos de una persona incapacitada en su casa?..... Sí No
 Si su respuesta es sí, ¿las personas sin incapacidades reciben ingresos?..... Sí No
 (Favor de declarar y verificar este ingreso en las preguntas #15, #16).

REGLAS DE EMPLEO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTICIA

26. _____ es el representante del hogar. Ciertas circunstancias pueden causar el cambio de quien usted haya designado como el representante del hogar. Si **el representante del hogar renuncia a un trabajo sin una causa justa**, todos los miembros de su hogar pueden ser descalificados del programa de Asistencia Alimenticia por tres meses. El propósito del programa de Capacitación y Asistencia Alimenticia es el de ayudar a personas a obtener empleo por medio de los servicios de asistencia laboral. Se ofrecen talleres que le ayudarán a saber cómo obtener un empleo. Cualquier persona puede asistir voluntariamente.

27. Por favor, marque con una "X" los gastos que usted paga. Éstos, son los gastos por los que usted es responsable.

Gastos	Cantidad Actual	Cantidad Atrasada	¿Cuándo recibe las cuentas?	¿Quién es responsable por el pago?	¿Quién paga la cuenta?	Ver	S H E X
<input type="checkbox"/> Renta							
<input type="checkbox"/> Hipoteca							
<input type="checkbox"/> Segunda Hipoteca							
<input type="checkbox"/> Pago por Lote de Casa Móvil							
<input type="checkbox"/> Pago por Uso de Albergue							
<input type="checkbox"/> Impuesto de Propiedades (Si NO viene incluido en su hipoteca).							

Seguro de Casa
(Si **NO** viene incluido en su
hipoteca).

--	--	--	--	--	--	--

28. ¿Su renta es subsidiada por el gobierno? Sí No. Si su respuesta es sí ¿Qué cantidad paga USTED? \$ _____
 Nombre de la Agencia _____ Teléfono _____ Cantidad que paga la agencia \$ _____
29. Si usted está solicitando, o completando su recertificación, para recibir Asistencia Alimenticia; ¿Sus gastos para calentar o enfriar su casa son separados de su renta o hipoteca?..... Sí No
 A. ¿Cómo calienta su casa? (Gas, electricidad, etc.)
 B. ¿Cómo enfría su casa?
 C. ¿Recibió asistencia de HEAT/ LIHEAP en su residencia actual el año pasado?..... Sí No

30. **SERVICIOS PÚBLICOS:** Los gastos mensuales en sus servicios públicos pueden hacer cambiar la cantidad de Asistencia Alimenticia que usted reciba. Gastos altos en sus servicios públicos pueden causar un aumento en su Asistencia Alimenticia. Usted tiene la opción de reportar los gastos actuales en sus servicios públicos y verificarlos, o usted puede escoger usar la cantidad estimada. Esta cantidad estimada representa aproximadamente un promedio anual del gasto total mensual en sus servicios públicos. Escoja la opción que le permita tener un gasto mayor en servicios públicos por los siguientes 12 meses.

Usted puede cambiar su elección en su siguiente recertificación, o si se cambia de domicilio. Escoja UNA opción.

- 1. Opción Estándar de Servicios Públicos \$190**
 Usted puede utilizar esta opción si sus gastos para calentar o enfriar su casa no están incluidos en su renta o hipoteca. Usted debe de demostrar que paga estos servicios públicos por separado.
- 2. Opción Estándar Sin Contar Gastos para Calentar o Enfriar Su Casa \$115**
 Usted puede utilizar esta opción si usted paga otros servicios públicos que no sean para calentar o enfriar su casa. Usted debe de demostrar que paga estos servicios públicos.
- 3. Opción Estándar de Gasto de Teléfono \$20**
 Usted puede utilizar esta opción (limite de \$20) si su único gasto es el telefónico.
- 4. Gastos Actuales por Servicios Públicos**
 Usted puede escoger recibir una deducción basada en la cantidad exacta de los gastos actuales que usted paga cada mes. Pagos atrasados no pueden contarse. Compare el total de sus gastos mensuales y escoja la opción que más le convenga. Se le requerirá proporcionar verificación de sus gastos actuales por servicios públicos si elige este método.

OPCIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS ACTUALES

Complete el siguiente cuadro únicamente si usted va a utilizar la opción de Servicios Públicos Actuales.

Estos son gastos por los que usted recibe una factura. Llene el cuadro aun si recibe asistencia de HEAT.

Gasto	Cantidad Actual	Cantidad Atrasada	¿Cuándo recibe las cuentas?	¿Quién es responsable por el pago?	¿Quién hace el pago?
<input type="checkbox"/> Electricidad					
<input type="checkbox"/> Combustible para Calentar o Cocinar					
<input type="checkbox"/> Teléfono					
<input type="checkbox"/> Agua					
<input type="checkbox"/> Drenaje o fosa séptica					
<input type="checkbox"/> Basura					
<input type="checkbox"/> Gasto por instalación inicial de servicios públicos					

¿Paga usted por servicios públicos de otra casa donde usted **NO** vive?..... Sí No

¿Quién necesita Cuidado Infantil?	¿Por qué necesita Cuidado Infantil? (Marque todos los que se apliquen a su familia.) Empleo – Empleo – Trabaja por Educación/ Otro ¿Qué? Tiempo Completo Tiempo Parcial cuenta propia Entrenamiento	For worker to complete: Is there an approved activity for Childcare assistance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

32. ¿Tiene usted un balance positivo con su Proveedor de Cuidado Infantil?..... Sí No
 Si su respuesta es sí, ¿Cuánto es? \$ _____

¡Evite Problemas! Usted puede evitar problemas asegurándose que conoce sus derechos, obligaciones y las reglas para recibir asistencia pública. Por favor, lea las siguientes declaraciones cuidadosamente. Si hay algo que usted no entienda claramente, hable con su trabajador(a). Asegúrese de entender todo claramente antes de firmar esta solicitud.

- Su número de Seguro Social, al igual que cualquier otra información que usted nos proporcione será sujeta a verificación por oficiales federales, estatales y locales. Se utilizará el sistema estatal de verificación de ingresos y elegibilidad para asegurarnos que su hogar califica para recibir Asistencia Alimenticia y otros programas federales de asistencia por medio de verificación por computadoras. El Departamento de Workforce Services (DWS), la Agencia de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (BCIS), la Oficina de Seguro Social, y Registros de la Agencia de Servicios de Ingresos Internos (IRS) efectuarán verificaciones por computadora, recertificaciones de programas, y auditorías. Las verificaciones incluyen investigaciones y consultas a instituciones bancarias y de préstamos, u otras organizaciones e individuos que puedan tener información sobre su elegibilidad y la de otros miembros de su hogar. Se efectuarán verificaciones por computadora cuando solicite, y después de haber recibido la asistencia. Su Asistencia Alimenticia, Financiera y Medica podrá ser reducida, negada o cancelada de acuerdo a la información obtenida en estas fuentes. El proveer información falsa intencionalmente, podrá resultar en una acción criminal o civil y/ o reclamos administrativos.
- Entiendo que a partir del 1º de Enero de 1997 la Asistencia Financiera, para la mayoría de las familias, es otorgada con un límite de por vida de 36 meses. Meses adicionales se otorgarán si tengo un historial de trabajar medio tiempo (80 horas al mes) mientras que recibo Asistencia Financiera, o si se me declara médicamente incapaz de trabajar. El límite de tiempo de 36 meses no se aplica cuando ambos padres de familia en el hogar reciben asistencia SSI, o cuando esta asistencia es otorgada a niños que viven con un pariente no incluidos en la Asistencia Financiera.
- Podré ser contactado(a) por el departamento de Control de Calidad para recertificar mi elegibilidad. Acepto cooperar con este proceso de recertificación.
- Usted tiene derecho a una audiencia administrativa ante un juez imparcial si DWS ha tomado una acción con la que usted no está de acuerdo.
- **TODOS LOS MIEMBROS DE MI HOGAR OBEDECERÁN LAS REGLAS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTICIA (SI SOLICITO ASISTENCIA ALIMENTICIA) Y ASISTENCIA FINANCIERA (SI SOLICITO ASISTENCIA FINANCIERA). NO MENTIREMOS, NI OCULTAREMOS NINGUNA INFORMACIÓN. NO COMPARTIREMOS ASISTENCIA ALIMENTICIA CON PERSONAS QUE NO TENGAN DERECHO A RECIBIRLAS. NO UTILIZAREMOS LA ASISTENCIA ALIMENTICIA PARA COMPRAR ARTÍCULOS NO-ELEGIBLES. NO UTILIZAREMOS LA ASISTENCIA ALIMENTICIA DE OTRAS PERSONAS, A MENOS QUE SEAMOS SUS REPRESENTANTES AUTORIZADOS. SI ROMPEMOS CUALQUIERA DE ESTAS REGLAS, PODEMOS PERDER EL PRIVILEGIO DE RECIBIR ASISTENCIA ALIMENTICIA, O AYUDA FINANCIERA. LA PRIMERA VEZ QUE ÉSTO SUCEDA, NO SE NOS PERMITIRÁ RECIBIR ASISTENCIA POR 12 MESES. LA SEGUNDA VEZ 24 MESES, Y LA TERCERA VEZ PODEMOS SER DESCALIFICADOS PERMANENTEMENTE DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTICIA, O FINANCIERA. TAMBIÉN, ES POSIBLE QUE SEAMOS MULTADOS POR LA CANTIDAD DE \$250.000.00 DÓLARES, O ENCARCELADOS HASTA POR 20 AÑOS. TAMBIÉN, ES POSIBLE QUE SEAMOS JUZGADOS BAJO OTRAS LEYES. TAMBIÉN, LA CORTE PUEDE MANDAR QUE EL ACUSADO SEA SUSPENDIDO DEL PROGRAMA POR 18 MESES ADICIONALES. SI UTILIZO LA ASISTENCIA ALIMENTICIA PARA COMPRAR O VENDER SUBSTANCIAS CONTROLADAS (DROGAS ILEGALES, O MEDICINAS QUE SÓLO DEBEN VENDERSE CON RECETA MÉDICA) PUEDO SER DESCALIFICADO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTICIA 24 MESES POR SER LA PRIMERA OFENSA, Y PERMANENTEMENTE POR LA SEGUNDA OFENSA. SI UTILIZO LA ASISTENCIA ALIMENTICIA PARA COMPRAR O VENDER ARMAS DE FUEGO, MUNICIONES O EXPLOSIVOS, PUEDO SER DESCALIFICADO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTICIA PERMANENTEMENTE. TAMBIÉN, UN INDIVIDUO SERÁ DESCALIFICADO PERMANENTEMENTE SI ES ENCONTRADO CULPABLE DE TRAFICAR ASISTENCIA FINANCIERA POR \$500 O MÁS. UN INDIVIDUO PUEDE SER DESCALIFICADO POR 10 AÑOS SI LA PERSONA PROVEE INFORMACIÓN FRAUDULENTA SOBRE SU IDENTIDAD Y RESIDENCIA CON EL FIN DE TENER CASOS MÚLTIPLES DE ASISTENCIA PÚBLICA.**
- El no reportar o verificar los gastos mencionados anteriormente se tomará como evidencia de que usted, y los miembros de su casa, no desean recibir deducciones por gastos no reportados.
- **SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.** Servicios de Planificación Familiar se encuentran disponibles. Para mayor información comuníquese con el Departamento de Salud más cerca de usted, o hable con un representante del Programa de Planificación Familiar de Utah al número 1-800-826-9662.
- En consideración de la Asistencia Médica, asigno al Departamento de Salud del estado de Utah todos mis derechos de Asistencia Médica. Autorizo el pago de esta asistencia directamente al Departamento de Salud. Si el Departamento de Salud paga por mi cuidado médico, les daré el dinero que yo reciba de cualquier póliza de seguros. También, les daré el dinero que yo reciba de cualquier persona que esté obligada a cubrir mis gastos médicos. Acuerdo el mantener libre de daños o acusaciones a cualquier persona u organización que haga pagos al Departamento de la Salud debido a este acuerdo.
- Al aprobarse la Asistencia Médica, cedo cualquiera y todos mis derechos de soporte médico al Departamento de Servicios Humanos. Estoy de acuerdo en cooperar con el estado de Utah para establecer y recolectar pensión por razón de divorcio o separación y Soporte Financiero Infantil para mi familia. Cualquier persona u organización que tenga información sobre mi salud, o a la salud de mi familia, puede proporcionar ésta información al Departamento de Salud y al proveedor médico. DWS y el Departamento de Salud pueden proveer información a los proveedores de servicio médico sobre mi elegibilidad.

Yo (escriba su nombre), _____ he leído, o me han sido leídas las declaraciones antes mencionadas. Entiendo esas declaraciones. Bajo pena de perjurio, juro que las respuestas que he dado son verdades y correctas. Yo soy la persona representada por la firma en este documento. Entiendo que cualquier información falsa en este documento dará lugar a un procesamiento por fraude. Si estoy solicitando Asistencia Alimenticia certifico, bajo pena de perjurio, que todos los miembros del hogar son ciudadanos o extranjeros con un estatus legal de inmigración de los ESTADOS UNIDOS. Yo entiendo que podría solicitar una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con las decisiones tomadas en esta recertificación y que tengo el derecho de representación en esta audiencia. Entiendo que DWS puede contactarme, o puede pedir a alguien que me contacte sobre la efectividad de los servicios recibidos.

FIRMA DEL CLIENTE: _____ Fecha: _____	REPRESENTANTE AUTORIZADO DE ASISTENCIA ALIMENTICIA: _____
FIRMA DEL CÓNYUGE DEL CLIENTE, O TESTIGO: _____ Fecha: _____ (La firma del cónyuge no es necesaria para Asistencia Alimenticia)	<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Cancelado. Código: _____ FF..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Efectivo: _____
Si el cliente NO puede escribir o firmar su nombre, la marca de (X) se podrá utilizar en lugar de la firma. Será necesario utilizar un testigo para verificar la marca de X; Utilice la sección de cónyuge para el testigo.	FIRMA DEL TRABAJADOR(A): _____ Fecha: _____